

.....
oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta:

Pan / Pani
imię i nazwisko

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

zamieszkały (a)
miejsowość

--	--

 -

--	--	--	--

kod pocztowy

.....
ulica, nr domu / mieszkania

kandydat na kierowcę kierowca

cukrzyca data rozpoznania typ cukrzycy
lekarz prowadzący leczenie cukrzycy

Podmiot wykonujący działalność leczniczą:

Poradnia diabetologiczna:

Wiedza pacjenta dotycząca leczenia choroby: Wysoka Dostateczna Niedostateczna

Umiejętność kontrolowania glikemii: Dobra Akceptowalna Niska

Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania: Dobra Niedostateczna

Występowanie objawów prodromalnych hipoglikemii: Tak Nie

Ryzyko hipoglikemii: Niskie Akceptowalne Wysokie

Brak przewlekłych powikłań cukrzycy:

Obecność przewlekłych powikłań cukrzycy:
Ze strony narządu wzroku Ze strony układu nerwowego Ze strony układu sercowo-naczyniowego

Uwagi dotyczące przewlekłych powikłań cukrzycy:

Blank space for notes regarding chronic complications of diabetes.

Ocena zdolności do prowadzenia pojazdu

Blank space for assessment of driving ability.

Inne uwagi

Blank space for other notes.

.....
data sporządzenia opinii

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii
albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy